



Faculdade de Ciências da Saúde e Educação
Curso de Psicologia

MAL-ESTAR

POR

PEDRO HENRIQUE DUARTE BARBOSA

BRASÍLIA, JULHO/2009



Faculdade de Ciências da Saúde e Educação
Curso de Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof^ª Dra. Marcella M. M. Laureano

Prof^ª Msc. Cláudia M. Ferez

Prof^ª Msc. Morgana de A. Queiroz

A menção final obtida foi:

BRASÍLIA, JULHO/2009

PEDRO HENRIQUE DUARTE BARBOSA

MAL-ESTAR

Monografia apresentada ao Centro universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo da Faculdade de Ciências da Saúde.
Orientadora: Dra. Marcella Laureano.

BRASÍLIA, JULHO/2009

AGRADECIMENTOS

Gratidão aos amigos, à família, á namorada e os professores. Todos foram imprescindíveis.

RESUMO

O presente texto tem como principal objetivo evidenciar a peculiaridade do campo psicanalítico frente os tão demandados produtos de bem-estar. Parte-se de um contexto mais geral, que é o da atual sociedade de consumo, situando a psicanálise no mesmo para, então, realizar a diferenciação. Dois textos foram utilizados prioritariamente como bases da discussão: *Estudos sobre a histeria*, de 1895, e *O mal-estar na civilização*, de 1930. Cada qual é referenciado como emblema de uma perspectiva teórica. O primeiro é utilizado para evidenciar a perspectiva terapêutica, da qual se originou a psicanálise. E o segundo é emblemático das noções psicanalíticas, propriamente ditas. O estatuto das possibilidades de bem e mal-estar é distinto nos referidos textos. Enquanto o *Estudos* marca uma perspectiva harmônica do ser-humano, o *Mal-estar* marca um viés em que o conflito é insolúvel por estar no cerne da condição humana. Um percurso de gradual descolamento das concepções médicas pelo qual a psicanálise teve que passar é apresentado. Um dos objetivos desse percurso é marcar a especificidade do campo psicanalítico não só no tocante aos produtos de bem estar, tão abundantemente disponibilizados, mas também no que se refere ao campo médico do qual se derivou.

Palavras-chave: mal-estar, bem-estar, formação da psicanálise

INTRODUÇÃO

Qual o sentido da vida? As respostas para tal questão serão tão numerosas e diversas quanto os indivíduos que porventura venham se perguntar sobre a mesma. Cada qual, sustentando sua singular disposição de palavras em sistemas de conhecimento social, defenderá seu ponto de vista. Freud, embasado por seu sistema, é enfático: apenas a religião pode se gabar de possuir respostas certas e, invejável é a precisão e a certeza que as respostas de cunho religioso possuem (Freud, 1930). Mas não só de respostas religiosas o mundo do sentido é atualmente movido. Diante das incertezas e pluralidades, um fato parece sustentar-se, senão em todas, pelo menos na maioria das respostas: as pessoas anseiam pela felicidade, querem se manter felizes – ou pelo menos conduzem suas vidas de modo a desfrutar de algum prazer –, sejam quais forem seus credos ou filiações.

Nessa tarefa está implicada, por um lado, o afastamento da dor e de sensações desagradáveis e, por outro, a incessante busca por sensações de prazer, satisfação e gozo. Tomando em consideração tal premissa Freud conclui, portanto, que “o que decide o propósito da vida é simplesmente o programa do princípio do prazer” (Freud, 1930, p. 84). Tal princípio, característico do funcionamento psíquico, subjaz como motor da atividade humana. A felicidade para Freud dependeria do quão satisfatoriamente esse princípio pudesse ser atendido. A dificuldade, no entanto, é imensa. As três fontes de sofrimento, enumeradas por Freud, impõe esforço tal para, senão afastar, ao menos minimizá-las, que muito afortunado poderia se considerar aquele que bem conseguisse gerenciar o fato da impossibilidade de fuga.

Sinteticamente enunciadas no *Mal-estar na civilização* (1930) sob a rubrica do corpo, da natureza e da sociedade, as fontes do sofrimento humano seriam inevitáveis. À elas são

contrapostas diversas estratégias com resolutividades variadas, há muito conhecidos pela humanidade. Na constante busca pela obtenção de prazer e evitação do desprazer diversas são as vias passíveis de escolha.

Nas vias atuais de acesso aos almejados estados de plenitude e contentamento, além das tradicionais alternativas religiosas predominantes, o discurso científico também se apresenta como porta-voz legítimo da verdade oficial. A construção do discurso psicanalítico tem origem no saber médico e este, por sua vez, constitui-se como campo de aplicação dos ditames científicos. Diferenciando-se, no entanto, gradualmente do campo da medicina, a psicanálise consolidou-se como campo do saber autônomo e original.

A intencionalidade terapêutica, herança médica, motivadora dos avanços iniciais da técnica e da teoria psicanalítica, apesar de nunca ter saído do horizonte da obra freudiana, figurará nas teorizações finais segundo uma perspectiva distinta. O estatuto das possibilidades de instauração do bem-estar e anulação do sofrimento, calcados na perspectiva médica – e conseqüentemente no discurso científico –, reinante num primeiro momento, dará lugar, ao final da obra freudiana, a um viés estranho aos ideais inicialmente defendidos.

O presente trabalho tem como principal objetivo evidenciar tais discrepâncias entre as noções de bem-estar presentes no início da obra freudiana e as do final da mesma. Para isso, adotar-se-á dois importantes escritos de Freud, cada qual emblemático de um período. O primeiro: *Estudos sobre a histeria*, datado de 1895, representando o embrião da psicanálise e a intencionalidade terapêutica através da qual esta surgiu. O segundo: *O mal-estar na civilização*, de 1930, representante de uma psicanálise madura e de uma perspectiva em que o mal-estar sai da contingencialidade para situar-se no âmbito da constituição humana.

O primeiro capítulo visa situar a psicanálise na atualidade, como mais um dispositivo relegado ao rol dos produtos de bem-estar, tão numerosos quanto caros à sociedade de consumo. No desnorteante mundo das promessas de paraíso – “polifônico” (Figueiredo, 2007) e contraditório –, da prática inventada por Freud é esperada uma resolutividade própria aos ideais científicos e da lógica de consumo. A objetividade e presteza desejadas de um “tratamento” psicanalítico, no entanto, certamente não hão de ser atendidos, devido limitações inerentes aos próprios postulados da teoria.

Se num primeiro momento, na ocasião das primeiras teorizações, a ênfase recaía no tratamento é porque a ótica adotada ainda era médica e, por isso, situada da dicotomia saúde e doença. No segundo capítulo objetiva-se explorar tanto o universo médico do qual a psicanálise se derivou, quanto as primeiras modificações e refinamentos ocorridos que, acabariam por culminar na constituição do campo psicanalítico. Serão utilizadas, primordialmente, referências à publicação conjunta de Freud e Breuer, o *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1895).

Dando um salto no tempo, o olhar do terceiro capítulo recai sobre as últimas propostas freudianas. Analisando o emblemático *Mal-estar na civilização*, publicado em 1930, procura-se evidenciar a perspectiva propriamente psicanalítica nele apresentada. Em detrimento dos ideais terapêuticos e reformadores que caracterizaram a própria psicanálise, em seus primórdios – e que compõe o ideal das terapias médicas e psicológicas – contrapõe-se a visão de Freud em elaboração nessa época. As possibilidades de bem e mal-estar, a partir de suas sucessivas elaborações, ganham outro estatuto. Cabe, pois, analisá-las à luz desse texto, considerado aqui como síntese dos desenvolvimentos e da situação da psicanálise ao final da vida de seu criador.

Assim, para os propósitos do presente trabalho, cabe traçar, em linhas gerais, o desenvolvimento das noções de Freud referentes tanto às possibilidades, quanto ao estatuto, do

par opositor bem/mal-estar. O ponto de chegada desse percurso será o emblemático texto de 1930, *O mal-estar na civilização*, que versa justamente sobre essa problemática questão. O ponto de saída mais indicado parece ser o período médico de Freud. E o percurso, aquele do gradual distanciamento e diferenciação das elaborações freudianas do campo da medicina.

PROMESSAS DE PARAÍSO

1.1 – O labirinto

Para os incômodos sofrimentos – ao redor do mundo e através da história – buscam-se soluções. Busca-se compreender, busca-se minorar, busca-se justificar as ocorrências e persistências dos diversos mal-estares humanos – mal-estares, estes, manifestados através de diferentes máscaras culturais que, em certa medida, particularizam-nos. Tão diversos e incontáveis foram – e são – os projetos de estabelecer os tão almejados estados eufóricos e/ou plenos de satisfação e prazer. Tão diversas e incontáveis também foram as frustrações ocasionadas e falhas nas quais culminaram esses projetos.

Na atualidade de nossas sociedades democráticas, o bem-estar – e, em última instância, a felicidade – é foco contínuo de atenção. Nunca se preocupou tanto com a ascensão a tais estados, nunca se demandou tanto, e com tamanha naturalidade e legitimidade, o direito e, mais recentemente, o dever de ser/estar feliz (Bruckner, 2002). Ao mal-estar, em contrapartida, geralmente são reservadas as denominações patológicas e disfuncionais, que assumem caráter de exceção, ruptura e descontinuidade naquilo que – segundo ideais e expectativas – deveria ser pleno. Para essas irrupções – que na realidade apresentam muito mais caráter de norma que de exceção e que em outras épocas contavam com maior aceitação como possibilidades existenciais do ser humano – busca-se cura, reparação ou conserto definitivos. Na atualidade, o que não faltam são opções e promessas de alívio.

Como quem escolhe produtos nas prateleiras de um supermercado, nos dias de hoje anseia-se, igualmente, encontrar, na forma de objetos de consumo, soluções para as inerentes

aguras da vida. A quantidade e diversidade de ofertas impressionam. Profusão de promessas impressas em coloridas capas, em sugestivas simulações imagéticas, em substâncias no interior de frascos, em tradicionais espaços e em espaços não tão conhecidos assim. Publicações, bens de consumo e suas propagandas, psicofármacos, espaços religiosos – que voltam a ganhar o prestígio de outrora – e soluções importadas, principalmente das tradições orientais, invadem massivamente o cotidiano dos indivíduos nas grandes cidades, ávidos pelo consumo do bem-estar. Diversidade para todos os gostos, variedade de escolha para todos os tipos de consumidor.

Correlato à desmesurada difusão, em praticamente todos os espaços sociais, dos “produtos de bem-estar”, são os efeitos desses exageros, que se manifestam de diversas maneiras. As luzes que indicam a saída e os letreiros que sinalizam a possibilidade de um final feliz são tantos que é difícil saber para qual lado rumar e em qual promessa depositar esperança. A multiplicidade de embarcações com destino à cura, ao bem-estar e felicidade – cada qual com seu próprio norte, cada qual com sua própria bússola – constrói uma paisagem confusa para aqueles que procuram algum tipo de orientação. Encontram-se tanto as soluções mais simples e cínicas – que estampam *outdoors* e poluem visualmente as grandes cidades –, quanto soluções mais elaboradas que propõem, mesmo que ilusoriamente, a possibilidade de um novo mundo.

Por trás dessa enxurrada de propostas e promessas subjazem os mais variados discursos: sustentáculos de visões de mundo quase sempre discordantes. Foi-se o tempo em que as diretrizes para a vida eram fornecidas por umas poucas fontes reguladoras responsáveis por instituir balizas através das quais os indivíduos conduziriam e regulariam suas condutas. A atualidade, ao contrário, caracteriza-se pela pluralidade, mesmo que isso signifique fragmentação.

A modernidade – compreendida sinteticamente como essa multifacetada faixa de tempo e processos que tiveram início por volta do século XV, estendendo-se aproximadamente até o final do século XIX – se constituiu a partir de diversos movimentos e rupturas, que foram responsáveis por novas configurações e percepções de mundo. Somos, hoje, herdeiros de tais estruturas e percepções, mesmo que já tenhamos, em alguns aspectos, as ultrapassado. Os movimentos humanistas transcorridos durante esse período ocasionaram, dentre numerosos outros efeitos, a queda dos referenciais religiosos da posição privilegiada de norteadores máximos da visão e da ação humana. A crescente secularização da vida e do mundo acabou por culminar, num determinado momento, numa polarização dos referenciais humanos: de um lado a tradição e o dogmatismo da religião cristã; de outro, a ciência, imbuída pela técnica e lógica racional. O Iluminismo coroou esse movimento de cisionamento, iniciado na Renascença, em direção a concepções de mundo pautadas na racionalidade e no humano como referência de medida principal. As novas descobertas, e os novos conhecimentos que destas emergiam, destituíram cada vez mais o saber religioso, elegendo como substituto a racionalidade e, num segundo momento, a ciência moderna.

No entanto, o conflito entre perspectivas de mundo instituído pelo movimento iluminista, que animou os movimentos sociais, principalmente os do século XVIII, não se apresenta atualmente com a nítida ordenação do passado. As polaridades – teocêntrica e antropocêntrica, religiosa e científica –, é verdade, ainda se enfrentam, mas, em diversas ocasiões, encontram também oportunidade de entrelaçamentos e misturas. As configurações entre os campos, na atualidade, são múltiplas e complexas. A radicalidade ainda prospera, mas também há bastante espaço para os hibridismos.

O espírito racional e progressista animou – e ainda hoje anima – as idéias dos pensadores situados na transição dos séculos. No entanto, a postura eufórica, motivada pela desmedida crença nos ideais e no progresso científico, debilitou-se logo nos primeiros anos do novo século com o advento da primeira grande guerra mundial. A fé na ciência, como fonte de progresso e bem-estar, sofreu sérios abalos com a percepção de que o conhecimento e a racionalidade também poderiam servir a propósitos não tão nobres quanto aqueles almejados por pensadores Iluministas. A situação de desconfiança ainda haveria de se agravar com a segunda incidência de um grande conflito armado em escala global. O espírito moderno, racional e ordenador, começa a se esfacelar.

Diversos eventos fizeram com que a ciência, nos dias atuais, não goze mais da supremacia e prestígio de outrora. Embora não destronada, na atualidade – esse tempo a que muitos se referem como pós-moderno – seus produtos não são os únicos a contar com aceitação e prestígio social. Ainda que se encontrem expressões fundamentalistas – dentre os quais o fundamentalismo científico é apenas mais um –, o tempo em que vivemos apresenta grande multiplicidade e hibridez de perspectivas. Isso equivale a dizer que as demandas por bem-estar e/ou pelos caminhos que levem a tão almejado destino não se concentram mais num único ponto e, muito menos, em dois: ciência e religião. Tal dicotomia, num sentido estrito, parece ter sido característica moderna e não pós-moderna. Evidentemente, ambos os campos de significação continuam a existir e perfilar seus efeitos, mas, nem um, nem outro, possui o monopólio da produção da verdade oficial, apesar de possuírem enorme valor diante de outras opções existentes. Produzem verdades? Sim, ambos os campos produzem suas perspectivas – suas poderosas verdades – que vêm se agrupar, no entanto, indiscriminadamente junto às outras incontáveis produções de verdade alinhadas horizontalmente sobre as prateleiras de oferta de

possibilidades. Nunca se foi tão livre para escolher. Nunca se viu tamanha oferta de possibilidades existenciais. No que se refere ao universo das produções de bem-estar a situação não poderia ser diferente.

1.2 – Polifonia pós-moderna

A atualidade é polifônica, isso é, constituída por uma grande quantidade e variedade de vozes que se cruzam. Tanto as infindáveis propostas de ascese ao bem-estar, quanto os universos explicativos que as sustentam, variam consideravelmente e coexistem no cenário contemporâneo como caminhos possíveis. Aos moldes das grandes feiras urbanas, a atualidade se caracteriza pela confusa e exorbitante variedade de vozes sinalizando distintas opções. Tal condição manifesta no âmbito do bem-estar pode ser evidenciada, no entanto, em praticamente todas as esferas da vida do homem atual. A lógica do consumo, que as perpassam, possibilita a mercantilização generalizada do cotidiano. O mercado do bem-estar, na aurora do século XXI, institui-se como uma das mais prósperas e lucrativas áreas do comércio.

Vende-se bem-estar, vendem-se promessas de bem-estar, vendem-se caminhos para bem-estar, vende-se, em última instância, ideologias balizadoras – e apaziguadoras – do viver, que muitas vezes – se não todas – encarnam-se em objetos de consumo. A polifonia que caracteriza o cenário contemporâneo manifesta-se através dessas diversas vozes que se entrecruzam continuamente, cada qual anunciando sua particular direção. Vozes enunciadas por representantes da área médica; vozes provindas do campo espiritual, místico ou religioso; vozes originadas no hiper-heterogêneo mundo das terapias e psicoterapias; vozes proferidas pelos discursos morais; sedutoras vozes enunciadas pela imensa variedade de psicotrópicos

disponíveis, tanto lícitos quanto ilícitos; vozes importadas de tradições orientais, dentre outras, integram o rol das opções disponíveis aos indivíduos que anseiam pela solução definitiva para os tropeços e descompassos que insistem em se manifestar.

1.3 – Uma voz mais alta

Na grande feira global vende-se de tudo – ou ao menos se diz vender. A seção de produtos para bem-estar, como visto, conta com infindáveis opções. O confuso cenário do comércio de bem-estar, no entanto, apresenta determinadas ordenações e rotas privilegiadas. Apesar da multiplicidade de opções terapêuticas que progressivamente ganham mais espaço e aceitação pública, o saber médico é, sem sombra de dúvida, um dos que contam com mais poder e prestígio social. Os médicos, não sem certa desconfiança daqueles que os procuram, parecem deter o conhecimento acerca dos segredos do bem viver. Além do bem-estar físico, o bem-estar psíquico e social, a integração na comunidade e enquadramento nos padrões socialmente desejáveis figuram, mais que nunca, como objetos de intervenção médica.

São aos hospitais para onde se dirigem a grande massa de acometidos pelas diversas modalidades de enfermidades e sofrimentos psíquicos. Geralmente, é somente quando a onipotência dos alvos doutores mostra-se limitada que se buscam as chamadas medicinas ou terapias alternativas. Tais segmentos ganham cada vez mais espaço e legitimidade entre os consumidores de bem-estar, mas, apesar dessa crescente aceitação, permanecem na condição de caminho secundário. A própria caracterização de algo como alternativo implica na suposição da existência de vias não-alternativas, ou seja, vias principais. Na atualidade de nossas sociedades

ocidentais é a medicina, alicerçada na instituição científica, um dos caminhos privilegiados de acesso a indicações relacionadas ao sofrimento e ao bem-estar.

As diversas culturas ao redor do mundo, cada qual a sua maneira, procuram constituir modos de lidar com tais polaridades da vida. A medicina ocidental tradicional, apoiada na instituição científica, é, hoje, uma instituição social sólida, ocupante legítima do lugar de produção de uma verdade oficial mais massivamente consensual. Dentre a algazarra de vozes, a voz médica, acompanhada de umas poucas outras – como a do cristianismo e seus representantes, por exemplo –, possui maior volume.

A partir de categorias de conhecimento, práticas e atuações específicas, a medicina ocidental tradicional propõe específicos mapeamentos do campo do bem-estar, situando a problemática no âmbito do binômio saúde/doença. A proposição médica é clara: bem-estar é uma questão de saúde, logo, um problema concernente ao saber e às técnicas dispostas pela medicina. Disso decorre a concepção de que os mal-estares caracterizam necessariamente quadros psicopatológicos a serem diagnosticados e curados através de terapêuticas químicas ou re-educativas específicas. Em poucas palavras, bem-estar é uma questão médica e, se quisermos atualizar essa afirmação, acrescentemos como co-responsáveis os diversos campos ramificados da medicina que hoje constituem a multifacetada área da saúde. Em todo caso, a questão do bem-viver e, em última instância, do bem-estar tornam-se, por excelência, questão de saúde.

1.4 – A psicanálise

Freud, como médico, partiu dessa concepção que situava as questões do bem e do mal-estar no âmbito da saúde e da doença. Tal concepção, portanto, incluía em seu campo a noção de

cura. A Psicanálise surgiu, então, como ramificação médica, distanciando e diferenciando-se de tal forma que passou a constituir não uma mera ramificação ou medicina-alternativa, mas um novo campo do conhecimento que, muito pouco tem a ver com o modelo médico, do qual se derivou, calcado nos binômios saúde/doença. Nascida durante o período final do século XIX e início do século XX o novo campo do conhecimento, surgido a partir de preocupações terapêuticas, progressivamente, veio a constituir um corpo teórico de grande vastidão, lançando olhares a lugares que em muito ultrapassam os domínios da medicina. A teoria e prática psicanalíticas vieram a constituir uma peculiar perspectiva do humano. Muito além do intuito terapêutico dos tempos iniciais, a Psicanálise propõe uma concepção própria de humano, cultura e sociedade, que muito pouco se ajusta às demandas atuais por bem-estar e cura. Mas isso, no entanto, não impede que a “terapêutica” inventada por Freud seja colocada igualmente nas prateleiras dos mercados de bem-estar.

Embora não conte mais com o entusiasmo de outrora, não se pode negar a popularidade e a presença, na atualidade, da psicanálise no rol dos dispositivos buscados para intervenção em situações caracterizadas pelo mal-estar. O termo utilizado por Freud pela primeira vez em 1896 para designar o novo método psicoterápico que estava a elaborar, há muito tempo faz parte do rol de palavras de uso cotidiano das classes médias e altas. A imagem célebre do indivíduo que, acomodado num divã, expõe suas intimidades para um outro que as escuta e aconselha, de tão usual e difundida, muitas vezes apresenta-se como protótipo de qualquer tratamento psicológico. O preço que pagam as idéias dos grandes pensadores que encontram tamanha popularização e absorção cultural é, certamente, a banalização, simplificação e a distorção.

A invenção freudiana, como se disse, é situada no colorido cenário atual como mais um dos tão valorizados produtos de bem-estar. Parece ter sido esse o lugar reservado à mesma pela

cultura consumista atual. A responsabilidade por tal situação pode ser atribuída, em parte, ao próprio curso assumido pela história da Psicanálise, já que, em seus primórdios, suas técnicas e elaborações eram dirigidas fundamentalmente a uma terapêutica que, em última instância, visava o restabelecimento de um bem-estar perdido. É certo que o viés terapêutico nunca foi totalmente abolido, portanto, a questão do bem-estar nunca deixou de ocupar o horizonte da teoria freudiana. No entanto o estatuto concedido ao mesmo no início das teorizações é radicalmente distinto daquele do final. As últimas concepções freudianas sobre as possibilidades de bem e mal-estar muito pouco têm a oferecer ao abundante mercado de produtos e promessas de bem-estar instantâneo. Há um claro descompasso entre as demandas direcionadas a tais produtos e o que, de fato, a psicanálise freudiana pode oferecer.

CAPÍTULO 2

ORIGEM DA PSICANÁLISE OU PSICANÁLISE EMBRIONÁRIA

2.1 – O Freud Médico

Sob o rótulo *Psicanálise* existe uma rica e complexa história. O processo que originou o que hoje designamos por esse popular e mal-compreendido nome surgiu a partir do trabalho de um homem que, subvertendo a lógica médica na qual se criou, inaugurou um novo campo do saber. Freud, o criador da Psicanálise, foi, antes de tudo, um médico vienense do século XIX. Tal fato é de grande relevância, pois revela importantes informações acerca das condições de gestação e nascimento da sua cria.

Freud, apesar de possuir variados interesses – que poderiam tê-lo levado a lugares extremamente distintos daquele através do qual se consagrou – optou pela carreira médica. Embora não possuísse diretamente uma atração pela Medicina e estivesse temporariamente hesitante em relação ao estudo do Direito na ocasião do término de seus estudos escolares, ele acabou por ingressar na referida formação. Precocemente, aos 17 anos, o jovem Freud iniciou seus estudos na Universidade de Viena: era outono do ano de 1873. Durante esses anos de formação, diversas foram as disciplinas – e direções – que atraíram sua atenção, mas foi principalmente os estudos de Fisiologia, no laboratório de Ernst Brücke, que o ocuparam e satisfizeram durante seis anos de sua vida. Nesse período, compreendido entre 1876 e 1882, Freud dedicou-se à resolução dos diversos problemas propostos por seu prestigiado professor. As influências desses anos, tanto na afirmação quanto na consolidação de suas vocações e

habilidades – como pesquisador experimental metódico e determinado –, assim como em sua perspectiva científica, foram grandes. A filosofia da ciência de Brücke – fundada nos preceitos iluministas do século XVIII e nos posteriores desenvolvimentos positivistas – participou da formação intelectual de Freud tanto quanto as atuações de Charcot e Breuer (Jones, 1989).

No verão de 1882, levado pelos conselhos de seu mestre e por sua própria percepção da precária situação financeira em que se encontrava, deixou suas investigações médicas – e, conseqüentemente, sua carreira eminentemente teórica – desligando-se do Instituto de Brücke. Em seguida, ingressou no Hospital Geral de Viena, onde, durante os três anos que se seguiram trabalhou em diversos setores, desempenhando variadas funções médicas. Lá, haveria de ganhar experiência na prática de sua profissão. Em 1885, Freud, finalizou definitivamente sua atuação naquele hospital e, de certa maneira, encerrou também sua experiência médica geral. Antes de estabelecer-se – principalmente por motivos de ordem pecuniária – como neurologista clínico em Viena fez uma viagem de estudos à Paris.

A bolsa de estudos obtida para estudar em Paris com o então célebre neurologista, Martin Charcot foi, sem dúvida, um divisor de águas em sua vida. O curto, mas intenso, período que passou na Salpêtrière expandiu significativamente seus horizontes, e as impressões lá obtidas despertariam definitivamente seu interesse para as manifestações psicopatológicas psicogênicas. Se um neurologista do porte de Charcot ocupava-se com tamanha seriedade das manifestações histéricas – geralmente tão desconsideradas por outros médicos, pois vistas como imaginação ou pior, simulação – então era digno que ele também se preocupasse. A atitude científica diante da histeria empreendida por um renomado mestre certamente pesou e legitimou sua aproximação ao campo das neuroses. O crescente interesse e contato com a histeria foi fator decisivo para a gestação da psicanálise. Pode-se dizer, com algum grau de precisão – e isso não é informação

nova – que foi através de suas pacientes histéricas que, tanto a teoria quanto a prática psicanalítica, puderam surgir e ser gradualmente elaboradas. Voltaremos às construções possibilitadas pelo contato com a histeria mais adiante.

O fator decisivo dessa viagem, que aqui deve ser ressaltado, foi que o mestre parisiense deslumbrou o jovem Freud com seus posicionamentos e demonstrações nada usuais para a época. Charcot utilizava brilhantemente a hipnose para induzir produções artificiais de sintomas evidenciando que, até nos menores detalhes, estas possuíam as mesmas características dos acessos espontâneos. Assim, por meio de sugestão hipnótica, contraturas e paralisias histéricas eram produzidas para o espanto de todos. Não somente a autenticidade das manifestações histéricas era atestada pelo neurologista francês, mas também, o controverso fato da existência da histeria masculina também era categoricamente afirmado. Enfim, pode-se afirmar, sem sombra de dúvida, que as mais importantes impressões deixadas pelo ensino de Charcot em Freud foram suas revolucionárias concepções sobre a histeria. (Freud, 1925[1924]) Irreversivelmente, a histeria foi colocada em evidência aos olhares de Freud. Deslumbrado com o que aprendera em sua viagem de estudos, ele retornou à Viena ansioso por relatar a seus pares as impressionantes descobertas do médico francês.

O período que se seguiu foi marcado pela atuação no campo da neurologia clínica e, por intermédio desta, num segundo momento, foi que se sucedeu uma aproximação da clínica das neuroses (Jones, 1989). Isso aconteceu naturalmente, pois, ao instalar-se em Viena e iniciar seus atendimentos como neurologista em sua clínica particular, ele logo percebeu que grande parcela de seus pacientes eram, na verdade, neuróticos. Portanto, durante esse período, a aproximação e o crescente interesse de Freud na Psicopatologia tenderam a se acentuar, o que também

aconteceu com a percepção de que os recursos terapêuticos dos quais dispunha para o tratamento de tais quadros eram um tanto limitados.

O importante a ser notado, para os propósitos da presente exposição, é justamente a formação e atuação médica de Freud. Como médico, seu interesse era compreender, curar e sistematizar seus conhecimentos acerca da patologia tratada. Até o presente ponto ainda não podemos falar propriamente de psicanálise, isso seria anacrônico. Nesse tempo podemos apenas pensar num sagaz neurologista vienense se interessando cada vez mais pelas manifestações neuróticas que então lhe apareciam em seu consultório. Vale notar que nos momentos iniciais de formação prática e intelectual suas perspectivas – e suas atuações – ainda não eram tão destoantes do consenso geral. Fortemente marcada pelas pesquisas e estudos que desenvolvia no laboratório de Brücke e, num âmbito mais geral, pelas próprias tendências científicas da época, que auferiam grande prestígio à fisiologia, a linha de trabalho de Freud seguia, sem grandes problemas, tais direcionamentos normativos. Suas idéias, assim como sua pessoa, começaram a se evidenciar destoantes do consenso médico geral justamente a partir de seu retorno da capital francesa. Ele mesmo, decepcionado pela fria recepção com a qual contou seus relatos sobre a viagem nos círculos médicos de Viena, relata que, a partir de então, se viu “forçado a ingressar na Oposição” (Freud, 1925[1924]).

Iniciava-se, pois, o percurso de diferenciação e distanciamento entre as concepções freudianas e o conhecimento estabelecido e aceito pelos médicos de seu tempo. Freud ainda era médico e, portanto, ainda atuava como tal. Suas idéias, no entanto, já destoantes do consenso geral, iriam aprofundar as discrepâncias que haveriam de lançá-lo na exploração e fundação do campo que lhe celebrizou.

2.2 – O que faz um médico diante do mal-estar?

Como já foi visto, a Psicanálise surgiu da Medicina. Foi a partir de tal campo que Freud, gradualmente, desenvolveu a sua ciência do inconsciente. Ao circunscrever, portanto, o campo originário e específico do qual se derivaram tanto a teoria, quanto a prática freudiana podemos, a partir disso, depreender importantes implicações. Toda instituição social possui como característica a historicidade, o que quer dizer que nascem em determinado período e contexto histórico, e desenvolvem, modificam e sedimentam suas práticas através do tempo. Em outras palavras, as instituições sociais – e aqui nos interessamos pela instituição médica – possuem uma história própria de formação. A tradição médica possui uma série de pressupostos e práticas, historicamente constituídos e socialmente mantidos, que a estruturam e a definem como tal, em todas as suas especificidades.

Freud partindo das práticas médicas do final do século XIX foi, gradualmente, através de suas descobertas e teorizações, diferenciando suas atuações na clínica. O resultado, como poderemos constatar mais a frente, foi a abertura de outro campo do conhecimento – com suas próprias bases e regras – muito distinto do da Medicina. Mas como estamos preocupados em evidenciar, aqui, as concepções gerais das quais ele partiu para, literalmente, inventar a Psicanálise, cabem maiores esclarecimentos acerca desse ponto de partida.

Freud, como um bom herdeiro da tradição médica de seu tempo, partiu das concepções que lhe estavam disponíveis, procedendo clinicamente a partir de uma estrutura – de ações e concepções – determinada. O procedimento usado por ele, de maneira geral, é similar ao que constitui a atuação médica na atualidade. É verdade que a tecnologia e conhecimentos médicos evoluíram muito. Tanto os métodos diagnósticos, quanto os recursos terapêuticos, sofreram

alterações radicais. No entanto, no que se refere ao método clínico – considerado o núcleo da medicina – pouca coisa foi alterada. O método sistematizado por Hipócrates, meio milênio antes de Cristo, pouco difere daquele empregado pelo médico Freud e, de maneira geral, do que se emprega hoje (Porto, 2001). Objetivando circunscrever a atuação de Freud ao referido campo e à suas respectivas práticas cabe aqui esclarecê-las. De um modo geral, o que caracteriza a atuação médica? Em que consiste tal método clínico? Tentemos visualizar e solucionar esquematicamente tais questões para que, num momento posterior, possamos evidenciar a especificidade da Psicanálise e suas correspondentes particularidades e concepções do que vem a constituir as condições de bem-estar e mal-estar.

Em linhas gerais, pode-se dizer que a Medicina é uma importante área do conhecimento ligada, em sua essência, à promoção e manutenção da saúde. “Os objetivos fundamentais da Medicina são prevenir ou curar as doenças e aliviar o sofrimento.” (López, 2001, p. 3) Podemos afirmar que as questões humanas relacionadas à saúde e doença são centrais nesse campo. Genericamente, a atuação de um médico clínico – como era a de Freud – se dirige a tais objetivos. É em termos de promoção da saúde e cura das enfermidades que o médico vai atuar, obedecendo procedimentos básicos ordenadores de sua conduta. Tais procedimentos, que pouco se alteraram através dos séculos, se estruturam a partir de um raciocínio específico.

O raciocínio clínico médico começa com a vinda do paciente à sua presença, demandando solução para um eventual mal que o acomete. O mal-estar é trazido e espera-se que, a partir de então, ele seja, senão extirpado, ao menos amenizado pela ação do doutor. Assim, é a partir das queixas, a ele endereçadas, que sua ação e raciocínio têm início. Convencionou-se chamar de sintoma as sensações subjetivas, em geral desagradáveis, relatadas pelo paciente. O sintoma emerge como algo estranho à normalidade e ao bom funcionamento do corpo, mas pode

também referir-se à esferas comportamentais e psicológicas que, num determinado momento, configuram-se para o sujeito como incômodas.

Cabe ao médico, então, escutar atentamente o relato e as descrições que lhe são destinadas (sintomas), esforçando-se por decodificá-las em termos de seu conhecimento. A partir do relato subjetivo do paciente, em linguagem ordinária, algumas indicações orientam a conduta do médico para a realização de determinados testes – exames – que lhe dêem mais indícios sobre a origem da moléstia. Convencionou-se chamar de sinais os dados objetivos auferidos pelo médico sobre a condição do paciente. Através de exames específicos – como, por exemplo, palpação, ausculta, inspeção etc – importantes informações são obtidas e somadas às descrições sintomatológicas fornecidas anteriormente para concretizar aquele que é o ato cerne da profissão médica: o diagnóstico.

“Grosso modo, diagnosticar é registrar e agrupar signos; ou seja, constituir uma síndrome.” (Martins, 2003, p. 36) O pensamento sindrômico, característico da atuação médica, consiste basicamente no agrupamento dos sinais e sintomas, que manifestam-se associadamente no indivíduo, e sua identificação com alguma entidade clínica conhecida, cujas características lhe dêem individualidade nosológica. Diz-se que o diagnóstico é o cerne da atuação, pois é a partir da identificação da entidade clínica que todos os procedimentos subseqüentes serão delineados. Tanto as condutas e prescrições terapêuticas, quanto a previsão da evolução da doença – o prognóstico – estabelecer-se-ão a partir desse ponto nodal.

Esquemáticamente, a atuação médica obedece a ordem acima descrita. É óbvio que a complexidade da atuação real é exponencialmente maior, mas, para os propósitos da presente exposição, a sintética visão oferecida é suficiente. O essencial a ser evidenciado, aqui, são as características básicas e a especificidade da atuação clínica médica pois, a partir dessa

circunscrição, podemos, com maior precisão, mostrar os sucessivos desvios que o procedimento clínico freudiano foi sofrendo e as relações com suas idéias emergentes.

Como foi visto, o procedimento médico obedece a um raciocínio específico. Visa-se a objetividade e precisão tanto do diagnóstico, quanto do tratamento. As informações obtidas através do método clínico devem ser filtradas, organizadas e hierarquizadas racionalmente segundo conhecimento específicos próprios da formação médica. A prática médica é uma ação racional respaldada em um saber particular e objetiva fins determinados. Podemos justificadamente qualificar tais procedimentos como rotina, já que a estrutura organizativa que os rege pouco se altera de um atendimento para outro. A história clínica do paciente, que inicialmente é levantada pelo médico – a anamnese –, muitas vezes é padronizada, consistindo no preenchimento de formulários com as informações solicitadas. A organização e classificação das informações são de fundamental importância para a atuação eficaz do profissional e, por isso mesmo, tais formalizações são justificáveis, embora com algumas ressalvas.

Na relação que se instaura na ocasião do encontro do paciente com seu médico é o segundo que conduz a situação – a estrutura hierárquica é clara. Ele, supostamente portador de um saber acerca do sofrimento do indivíduo que o acessa, é ocupante legítimo do lugar social de curandeiro. Há, logo de início, uma relação assimétrica e isso é tacitamente sabido, aceito e até mesmo desejado por ambos os pólos envolvidos. A dissimetria característica da relação é natural para ambos – naturalizada seria a designação mais precisa. Ela é representada pela passividade e reverência do paciente tanto à pessoa do médico, quanto ao saber que ele porta. A postura diretiva e assertiva deste em relação a seu paciente conduz à aceitação dos procedimentos e de um saber já instituído, obtido durante seus anos de formação e prática. O saber médico se sobrepõe ao saber subjetivo, que sucumbe à sua autoridade tão legítima e prestigiada

socialmente. A direção de sua atuação seria justamente a de traduzir o relato leigo do paciente em linguagem e esquemas estabelecidos pelo campo da medicina. O diagnóstico, as diretrizes, as explicações, enfim, as resposta dadas pelo doutor são justamente aquilo que o sujeito demanda. Em determinados casos observa-se que a simples nomeação – entenda-se diagnóstico – do sofrimento já opera positivamente no indivíduo, no sentido de apaziguá-lo.

A partir dessas descrições pode-se justificar o pertencimento da Medicina a um segmento disciplinar particular, o que implica em modos específicos de atuação e configuração. Freud, como um bom médico, tinha suas concepções e, conseqüentemente, suas atuações perpassadas por tais diretrizes. Seu ponto de partida era investigação e compreensão dos sintomas e sinais que lhe eram apresentados pelo paciente. Ansiava por descrever e delimitar com precisão os quadros psicopatológicos com os quais se deparava, assim como estabelecer, com igual exatidão, as diretrizes terapêuticas que viessem a eliminar as manifestações em questão. Freud era médico e, como tal, queria curar seus pacientes. Um médico cura doenças e estas são, em seu entendimento, desequilíbrios, transtornos e disfunções incidentes no organismo do enfermo. Diante de determinado agrupamento de sinais e sintomas especificamente configurados e trazidos por um paciente, cabe a ele atuar terapeuticamente no sentido da eliminação dos mesmos. É a partir dessas manifestações que seus procedimentos se delineiam e a finalidade da sua atuação corresponde ao cessar das mesmas. Seu procedimento visa restabelecer a saúde – ou, em casos mais graves, minorar o sofrimento. O embate médico situa-se no campo da díade saúde/doença. O médico, armado de diversos instrumentos e técnicas aprendidas ao longo de sua formação, responde ao clamor do ser que desamparadamente sofre. O clamor, que vem não somente deste, mas das várias bocas que se apresentam sucessivamente a sua frente, é o mesmo: cura-me de meu mal.

2.3 – Ensinaamentos histéricos

“Qualquer um que deseje ganhar para subsistência com o tratamento de pacientes nervosos deve ser claramente capaz de fazer algo para ajudá-los.” (Freud, 1925[1924], p.23)

Com essa frase Freud sintetiza a essência de sua incessante busca pela compreensão do funcionamento psíquico humano, assim como a intencionalidade terapêutica de seus procedimentos. Freud queria curar seus pacientes, no entanto, a insatisfação com os recursos terapêuticos, então disponíveis, impeliu-o a trilhar seu próprio caminho rumo à práticas e concepções próprias relacionadas, num primeiro momento, principalmente ao funcionamento neurótico.

Levado pelas vicissitudes de sua carreira ao campo das *doenças nervosas*, Freud iniciou o percurso das teorizações que fundariam sua ciência a partir desses peculiares quadros psicopatológicos. Foi, mais precisamente, a histeria – com suas impressionantes e enigmáticas manifestações – a principal responsável por atrair a atenção de Freud, instigando e direcionando-o nesse período inicial. Pode-se afirmar que os delineamentos cruciais do pensamento freudiano são tributários principalmente dos atendimentos prestados às histéricas cujo tratamento ele empreendeu. Muitos dos primeiros avanços, na ainda embrionária ciência que se gestava, se devem a essas mulheres que, em determinados casos, literalmente, ensinaram a Freud como se deveria proceder. Ele, muito atento às indicações recebidas, assimilou à sua prática o que lhe conviu, o que possibilitou, progressivamente, a formação de um modo operatório diferenciado, que culminaria na instituição do campo que o celebrizou. Tateando em busca de indícios que lhe dissessem como proceder, agarrando-se nas dispersas indicações, Freud iniciou sua criação.

Estudos sobre a Histeria – livro que costuma ser convencionalmente considerado ponto inicial a partir do qual se erige a psicanálise – ilustra magnificamente esse processo.

A obra realizada em parceria com Josef Breuer – publicada em 1895 – evidenciava os progressos de Freud e seu gradual descolamento das concepções e práticas médicas que então lhe direcionavam. Nos *Estudos* ambos os autores tinham como preocupação central – como o próprio título indica – a produção e divulgação de um saber acerca das manifestações histéricas. Tais afecções contavam, na época, com um rol de opções terapêuticas limitadas: comumente eram tratadas através de hidroterapia, eletroterapia, repouso e massagens. A insatisfação frente às opções existentes, assim como a preocupação de efetivamente se estar realizando algo significativo para a recuperação de seus pacientes, eram prementes.

2.4 – Mitos de criação

Obviamente, a construção de um pensamento não se inicia de repente, numa aparição mágica. O que se observa é que as sementes de um sistema de pensamento encontram-se precocemente – e por vezes intuitivamente – na vida desses que chamamos pensadores. No decorrer de suas existências, caso essas idéias-semente venham a encontrar condições adequadas para germinar e se desenvolver, acabam por formar sistemas – uns mais, outros menos longevos. Portanto, quando se diz que as alterações técnicas ou teorizações freudianas têm início num determinado momento ou numa determinada obra, tais afirmações devem ser entendidas simplesmente como um esforço didático e/ou uma aproximação com fins sintéticos e operatórios.

O ponto inicial, a partir do qual se desenvolvem todos os demais acontecimentos, é inacessível. O momento exato, a fala e o ato fundador só nos são acessíveis através de

reconstruções simplificadoras dos acontecimentos primordiais que, a partir de suas ocorrências, fundaram uma determinada ordem. Freud, em diversos momentos de sua obra, recorreu a alegorias míticas que o auxiliaram na apreensão de uma realidade ainda inominada. O mito edípico, o mítico objeto perdido, o mito da auto-análise, a mítica horda primeva, o embate mítico entre Eros e Thanatos – dentre outros – representam essa tentativa de apreensão e sistematização, mesmo que, em determinados momentos, não objetivem designar construções mitológicas e sim reais.

O ar mítico que permeia a obra freudiana é exemplarmente evocado nas descrições dos tratamentos empreendidos por Freud e Breuer, que deram origem ao *Estudos sobre a Histeria*. Eles, apesar de realmente terem ocorrido numa determinada localidade geográfica e espaço histórico, são apresentados na referida obra quase que como ficções e, na história da psicanálise, são referendados como míticos. A imprecisão e ambigüidade dos relatos, assim como a impossibilidade de descrição dos acontecimentos específicos, que ocasionaram determinadas conseqüências, colocam tanto as construções dos casos quanto a própria obra representada pelo *Estudos* nesse patamar mítico.

Os autores da referida obra tinham objetivos específicos. Ambos desejavam a divulgação de novas concepções acerca das manifestações histéricas, assim como, apoiados em princípios da psicogênese, afirmar a possibilidade de cura através das técnicas por eles desenvolvidas.

Desejosos em defender suas teses e descobertas

“era preciso os autores afirmarem que suas pacientes haviam-se curado, senão de sua doença, ao menos de seus sintomas. Assim, Breuer e Freud forçaram um pouco os fatos e apresentaram seus oito relatos sobre histéricas como a história de oito casos de cura. Foi preciso esperar pelas revisões da historiografia erudita e pela identificação das diversas pacientes para constatar que nenhuma delas fora realmente ‘curada’ de seus sintomas nem, acima de tudo, de sua neurose.” (Roudinesco, 1998)

Tal passagem justifica, ainda mais, o caráter mítico dos casos apresentados e, de certa maneira, de todos os pontos artificialmente demarcados na imensa narração que constitui a história da psicanálise.

Sabe-se que foi a partir do atendimento dessas memoráveis mulheres apresentadas no livro – e, obviamente de outras não comentadas no mesmo – que o movimento de constituição do campo psicanalítico gradualmente se deu. Certamente, os casos apresentados em 1895 são emblemáticos do tortuoso processo da descoberta e invenção freudiana, mas situar determinada alteração técnica num ou noutro caso em prol de uma suposta precisão é, no mínimo, ingênuo.

Essa ressalva se faz necessária, pois justifica justamente o caminho que será tomado a seguir. A busca por pontos fundadores localizáveis e objetivos na história da psicanálise, apesar das limitações envolvidas, pode ser, a partir de especificações, válida. Tendo como justificativa o intuito didático alguns eventos podem ser eleitos como marcos referenciais e situados numa linha temporal. A ingenuidade não estaria, pois, em traçar essa linha de desenvolvimento, mas em acreditar que tal representação esquemática dê conta da infinita multifatorialidade da realidade.

Considerando então a artificialidade esquemática das delimitações fronteiriças, permitamo-nos utilizar nesse momento o artifício do mito, que apresenta como grande vantagem a possibilidade do estabelecimento de referências mais marcadas e precisas entre os fatos. Justifica-se tal postura em prol de um didatismo e, o mais importante, pela impossibilidade real da demarcação precisa de eventos fundadores.

2.5 – A origem da psicanálise: o mito

No início de tudo havia uma histérica e seu médico e, desse encontro nasceu a Psicanálise. Ana O. foi a responsável pela invenção do tratamento psicanalítico e Breuer, nesse momento inicial, acolheu a cria, nomeando-a não de Psicanálise, mas de método catártico. De fato, a Psicanálise ainda não existia como tal, mas – e é isso que importa – o primeiro passo havia sido dado e o embrião da nova ciência vivia e recebia contornos. Da boca dessa histérica delinearam-se as primeiras caracterizações do processo que ela, então, desenvolvia em conjunto com seu médico. Descrevendo e revivendo lembranças traumáticas os sintomas a elas ligados pareciam se esvanecer. A palavra ganhava estatuto de matéria prima e instrumento de cura. Faltavam, é claro, técnicas de manejo mas, de uma vez por todas, estava instituída o que a jovem e célebre paciente nominou de cura pela fala (talking cure) e limpeza de chaminé (chimney sweeping), para designar seus efeitos. Os primeiros contornos – imprecisos e cruciais –, realizados por Breuer que, perturbado, encerrou os atendimentos à essa paciente e partiu numa segunda lua de mel com sua esposa, haveriam de ser retomados posteriormente por Freud. O ensinamento histórico primeiro e fundador havia se dado e Freud, por sua vez, apropriou-se do aprendizado do amigo que, somente após alguns anos de encerrado o tratamento, ousou relatar-lhe o ocorrido.

Apropriando-se do método catártico de Breuer, passou a agregá-lo em seus tratamentos que, até então, contavam apenas com os recursos terapêuticos tradicionais tais como massagens, hidroterapia, eletroterapia e repouso. A hipnose, recurso conhecido, mas não tão tradicional, também compunha esse insatisfatório arsenal. Utilizada por Freud usualmente para dar sugestões terapêuticas, a hipnose passou aos poucos a ser praticada de outra maneira independentemente da

sugestão. O estado alterado de consciência era induzido com o propósito de facilitar o acesso a lembranças traumáticas para que, a partir disso, pudessem ser ab-reagidas.

Assimilado o primeiro ensinamento, entra em cena, então, outra importante personagem: novamente uma histérica, dessa vez contando com um pouco mais de idade e cujo nome, Emmy Von N. – assim como o de Ana O. – também foi escrito nas páginas da história da Psicanálise. Mesmo que ainda se utilizasse da sugestão hipnótica no tratamento dessa paciente, ele consta como o primeiro caso em que o método catártico é usado em larga escala por Freud. (Freud, 1895, p.132) Ambos os procedimentos terapêuticos eram utilizados: os sintomas eram eliminados hora via sugestão hipnótica, hora via transformação do afeto por ab-reação.

O tratamento da Sra. Emmy von N. legou à Freud a postura necessária para que a regra fundamental da psicanálise, a associação livre, pudesse advir e ser instituída. Mais uma vez, o terreno que proporcionaria um redirecionamento técnico e teórico haveria de ser propiciado pela interação com uma paciente histérica. Mais uma vez o aprendizado floresceria desse encontro. Foi a partir de uma intervenção que objetivava – como de costume para um médico – direcionar o enredo e o conteúdo da fala da paciente que se deu a percepção de que uma postura diferenciada deveria ser adotada. A Sra. Emmy, diante de mais uma solicitação, de mais uma interferência, realizada por Freud no curso de sua fala, reagiu contra tais constantes interrupções dizendo-lhe – não se utilizando dessas palavras, mas expressando incisivamente essa idéia – para que se calasse e escutasse o que ela tinha a lhe relatar.

Freud, na exposição do caso, descreve essa inesperada reação ocorrida a partir de um pedido de rememoração:

“Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer” (Freud, 1895, p. 95).

O pedido – que o médico deixasse sua fala transcorrer com mais liberdade – resulta, pois, em mais um incremento na nova conduta que estava a se constituir. A clara assimetria hierárquica, própria da relação médico/paciente, iniciava, a partir de então, seu esvanecimento. Não provinham mais do médico as diretrizes que conduziam a fala. Passou a estar, cada vez mais, a cargo dos pacientes a responsabilidade por seus relatos. Ao médico – se é que ainda podemos o chamar assim – cabia, cada vez menos, intervenções em relação ao curso e ao conteúdo da fala do mesmo. A palavra do doutor, supostamente detentor do saber sobre o bem e o mal, se tornava cada vez mais rara e, por isso, preciosa. Ao paciente cabia a palavra durante a maior parte do tempo. A produção e apropriação de conhecimento ficavam, cada vez mais, sob sua responsabilidade.

A tendência – de responsabilização do sujeito por sua fala – haveria de se acentuar nos anos subseqüentes. O paciente que chegava clamando por alívio do sofrimento, supondo na figura do médico um saber sobre o mesmo, seria levado, gradualmente, no interior do tratamento, a destituir o doutor de tal potencialidade. No tratamento da Sra. von N., é verdade, Freud ainda focava e lutava incansavelmente contra os sintomas. Nesse combate, contava com o método catártico e com a sugestão como armas principais. Estavam em suas mãos os recursos, as técnicas e, a partir de então, em menor escala, o saber a ser utilizado para extirpar os sintomas. Freud ainda era médico e queria curar, mas a situação estava mudando. O “cala boca” fundador abriu caminho para a instituição da chamada regra fundamental: a associação livre.

O avanço seguinte se deu a partir da saída de cena de um importante elemento que, até então, participava assiduamente dos tratamentos empreendidos: a hipnose. Gradualmente esse recurso foi sendo abandonado, colocando Freud frente a novos fenômenos a partir dos quais foram cunhados conceitos psicanalíticos fundamentais como os de defesa, repressão e resistência. A destituição do recurso hipnótico abriu espaço também para outra alteração técnica.

O ensinamento novamente proveio de uma histérica identificada no *Estudos* como Miss Lucy R. Esse tratamento se deu sem o artifício da hipnose, sendo conduzido a partir de um estado de consciência que pouco diferia do estado normal (Freud, 1985, 135). Assim, auxiliada por sugestivas “pressões na testa” efetuadas por Freud, a paciente era induzida a relatar os conteúdos que, a partir de então, emergiam. Assegurada e – deve-se admitir – coagida a aceitar a relevância da primeira aparição pós-pressão, relatando-a, Miss Lucy mostrou a Freud que era possível, através de associações de idéias aparentemente desconectas, chegar a um conhecimento ou lembrança que supostamente não se tinha ou não se sabia ter acesso. O desdobramento essencial disso é a confirmação da hipótese de que idéias poderiam existir e manter-se conservadas num campo distinto do da consciência e que, o acesso às mesmas poderia se dar sem o auxílio do recurso hipnótico. Com isso, a hipnose, que era até então utilizada largamente para esses propósitos, caiu em desuso.

A “técnica de concentração”, que começava a ser cada vez mais utilizada, substituiu a hipnose que, aparentemente, não figurou no referido caso devido dificuldades do próprio Freud em induzir o estado sonambúlico na paciente. No entanto, independentemente das razões para o não uso do recurso mencionado, o fato é que o descarte dessa ferramenta possibilitou, em conjunto com as alterações anteriores, o contato direto com manifestações que antes passavam despercebidas, como foi o caso da resistência, por exemplo, que se interpunha como obstáculo ao

andamento do processo terapêutico. Era, no mínimo, desconcertante a relutância dos pacientes em cooperar com a própria cura.

A atuação de Freud no caso de Miss Lucy proporcionou o estabelecimento progressivo de um modo distinto de operar o tratamento, assim como uma ampliação na compreensão dos processos psíquicos envolvidos no mesmo. A técnica da pressão ainda haveria de ter seu uso relatado no tratamento da Srta. Elizabeth Von R, paciente histérica a qual Freud se refere como a “primeira análise integral de uma histeria” empreendida por ele. (Freud, 1895, p. 164) Quase sem o uso de hipnose, ele, mais confiante na técnica da pressão, aperfeiçoou-a e passou a chamar-lhe de análise psíquica. Tal procedimento técnico recém integrado seria, num futuro próximo, – assim como ocorreu à hipnose – descartado. Sua importância reside no fato de possibilitar o surgimento da chamada regra fundamental da psicanálise: a associação livre. A técnica da concentração intermediou tal avanço.

O cenário psicanalítico, como relata Freud, estava montado: “abandonei o hipnotismo, conservando apenas meu hábito de exigir do paciente que ficasse deitado num sofá enquanto eu ficava sentado ao lado dele, vendo-o, mas sem que eu fosse visto.” (Freud, 1925[1924], p.34)

Se a Srta. Elizabeth figura na mítica narrativa sobre a origem da psicanálise como a primeira análise integral de uma histeria, a histérica seguinte, Frau Cäcilie, entra nessa história como a primeira mulher a ser psicanalisada por Freud. (Roudinesco, 1998, p.476) Desse atendimento foi auferida uma das mais caras noções psicanalíticas no que se concerne a histeria: a relação entre sintoma – nesse caso específico, o sintoma histérico por excelência, a conversão – com a linguagem. O cessar das dores faciais da paciente, em razão do processo de simbolização efetuado no interior do tratamento, salientavam a importância da linguagem tanto na formação, quanto na dissolução dos sintomas. A possibilidade de conversão de palavras em fenômenos

somáticos, como ele pôde perceber por diversas vezes nesse atendimento, aprofundavam enormemente seu pendor pela causalidade psicogênica dos sintomas histéricos. Essa tendência de pensamento progressivamente se acentuou.

Além do caráter predominantemente psíquico da histeria, agigantava-se, ao olhar de Freud, o fator traumático que parecia estar na origem dos sintomas. O conteúdo sexual das cenas traumáticas evocadas recorrentemente por suas pacientes evidenciava uma realidade desconfortável para Freud. Não foi sem relutância que a aceitação do fator sexual na cadeia de causalidade se deu: “Eu acabara de sair da escola de Charcot e encarava a ligação da histeria com o tema da sexualidade como uma espécie de insulto – exatamente como fazem as próprias pacientes” (Freud, 1985, p. 275).

A partir da recorrência de conteúdos sexuais, apresentados como aflitivos nos relatos, e as inegáveis conexões com os sintomas, a realidade da etiologia sexual foi sendo gradualmente assimilada. O caso Katharina, também relatado no *Estudos*, não chegou a constituir um tratamento propriamente dito, já que se deu informalmente, a partir de uma conversa durante suas férias, numa caminhada nas montanhas dos Alpes Orientais. O fato do início da manifestação dos sintomas relatados pela moça coincidir com o evento que presenciara dois anos antes reafirmou a suspeita sobre a raiz do sofrimento histórico. A visão do “tio” mantendo relação sexual com sua prima e a lembrança de que esse mesmo homem já tentara seduzi-la em diversas ocasiões, ambos os eventos, quando situados na origem dos sintomas, evidenciam e reforçam mais uma vez a emergente noção da etiologia sexual da histeria. A dimensão sexual, cerne da teoria freudiana, é desvelada progressivamente e entra em cena de modo definitivo.

2.6 – A formação embrionária

O *Estudos sobre histeria* estabelece-se como um importante marco na história da psicanálise na medida em que funda os principais alicerces sobre os quais ela será erigida. O embrião da nova ciência está, a partir dessa obra, formado. Os elementos constituintes do novo campo, assim como os eixos principais de sustentação já começavam a organizar-se, contudo, necessitavam ainda de maior sistematização.

O médico neurologista Freud, em busca de conhecimento e de técnicas que respondessem melhor ao seu desejo de curar suas pacientes dos sofrimentos que traziam, agora reunia sob seu domínio uma teoria e uma terapêutica no mínimo originais. Deitados num sofá, os pacientes eram incitados a dizer as idéias, imagens e conexões inesperadas que lhes ocorressem. O médico, sentado numa poltrona situada fora da visão do indivíduo falante, buscava encontrar nas palavras indícios de traumas vividos. O corpo jazido não mais era composto tão somente de sistemas biológicos, mas, antes, de linguagem e símbolos. E o sexo, de uma vez por todas, emanava por todo o ambiente do consultório. Na sexualidade e nos fatores traumáticos nela implicados estavam as raízes do mal-estar.

Freud ansiava que, a partir de descobertas e desenvolvimentos futuros, a eliminação dos desconfortos humanos fosse possível. O espírito iluminista embebia-o de esperanças quanto às maravilhas que o progresso da racionalidade, representada fielmente pela instituição científica, haveria de proporcionar à humanidade. No entanto, algo em seu íntimo timidamente prenunciava a falibilidade desse ideal. A limpidez dos horizontes anunciada pelos iluministas era por ele abraçada, mas não sem certa desconfiança. A crença em relação a real possibilidade de ascense aos tão almejados estados plenos de bem-estar e a correlata eliminação integral dos incômodos

mal-estares trazidos por seus pacientes neuróticos ainda haveria de mover seu espírito durante algum tempo. A possibilidade de harmonização da sexualidade humana através da retificação dos traumas operadas por técnicas cada vez mais apuradas figurava como caminho possível. O mal-estar, produto de contingências, ainda haveria de ser suplantado pelos progressos da racionalidade.

Contudo, no final do livro, Freud, respondendo a um questionamento realizado por um paciente hipotético sobre a efetiva utilidade de seu método, escreve: “haverá muito a ganhar se conseguirmos transformar seu sofrimento histérico numa infelicidade comum.” (Freud, 1895, p. 316) A psicanálise ainda não era nem nascida, mas sugestivos indícios das concepções freudianas finais referentes às possibilidades de bem-estar, já podem ser vislumbradas nesse trecho. Ele continua: “Com uma vida mental restituída à saúde, você estará mais bem armado contra essa infelicidade.” O mal-estar já dá pistas de sua intransponível natureza. No entanto, por hora, o restabelecimento da saúde coloca-se como norteador do pensamento do ainda médico Freud. Se os caminhos para os estados plenos de bem-estar já se mostravam mais tortuosos que o esperado, ao menos a terapêutica em criação prometia aos indivíduos provimentos para a caminhada. A futura sociedade de consumo, sedenta por soluções eficazes, haveria de decepcionar com a não resolutividade da psicanálise. O momento, contudo – os anos finais do século XIX –, ainda era de otimismo. A harmonia, em certa medida, ainda era possível.

CAPÍTULO 3

SOB O SIGNO DO MAL-ESTAR

3.1 – Situando o mal-estar

Em 1930, é publicado o emblemático *Mal-estar na civilização* de Sigmund Freud. Emblemático, pois, além de representar em diversos aspectos a tendência intelectual da época, apresenta, também, sinteticamente, o estado das teorizações freudianas naquele tempo. Desde o surgimento, na virada dos séculos, muita coisa havia se sucedido ao campo de estudo do inconsciente. A psicanálise, em estado embrionário e em pleno delineamento, apresentado no *Estudos sobre a histeria*, muito se modificou tanto teórica, quanto tecnicamente. O Freud médico, ansioso por curar seus pacientes dos sintomas, não mais existia – ou, melhor dizendo, não mais atuava como tal – na década de trinta. Longe de se situar como um representante da medicina de seu tempo, ele, nesse período, figurava como o mais importante ícone – pois criador – do novo campo: a Psicanálise. As concepções sobre as possibilidades de bem e mal-estar situavam-se, portanto, fora do âmbito da díade saúde/doença. O mal-estar, não estando no registro da saúde, passa a não ser mais passível de cura. Pelo menos no que se refere à acepção médica do termo. Este era o fim do primado terapêutico da psicanálise.

A perspectiva propriamente psicanalítica lapidada durante os anos finais do século XIX e as três primeiras décadas do século XX culminou na síntese apresentada no referido texto. As noções nele veiculadas pouco mudaram nos escritos subseqüentes e, de maneira geral, trazem o essencial dos avanços teóricos e técnicos. As idéias que culminaram no texto de 30, longe de

serem novas, já encontravam expressão em escritos precedentes. Mas, como afirma Gay (1989, p.493), Freud “nunca as analisara antes com tanta concentração como agora, nunca extraíra tão impiedosamente as implicações de seu pensamento”.

O autor, quando objetiva precisar ou contextualizar na obra alguma idéia contida no texto, refere-se a importantes escritos por ele redigidos em diferentes épocas. A hipótese da horda primeva, por exemplo, apresentada pela primeira vez em 1914, no polêmico *Totem e tabu*, é retomada. O assassinato do pai tirânico, fundador da ordem social como interior aos indivíduos, é lembrado para enfatizar que nem só de amor é feito o homem. É notável o esforço de Freud para ultrapassar as corriqueiras – e equivocadas, em sua concepção – idealizações da natureza humana. A agressividade entra em cena protagonizando, ao lado da sexualidade, o drama humano por excelência.

Em toda ordem estaria implicada, uma hostilidade que deveria a qualquer custo ser suprimida, ou ao menos redirecionada. A irmandade – a civilização – fundar-se-ia na supressão das pulsões sexuais e agressivas. O pai supremo e castrador, outrora vivo, vive simbolicamente no íntimo de cada um, lembrando que o mesmo destino é reservado aos transgressores da ordem estabelecida. Ninguém tem e ninguém pode ter acesso à satisfação sexual plena e disso depende a humanidade – pelo menos essa que conhecemos. A interdição do incesto é a pedra fundamental sobre a qual se erige todas as outras instituições. A força da interdição tem origem tanto externa, quanto internamente. No mito originário da humanidade apresentado por Freud, no quarto ensaio que compõe o texto de 1914, já estavam presentes diversas noções que caracterizariam as etapas finais de seu pensamento, estruturas sobre as quais se constroem o texto do mal-estar. Em *Totem e tabu*, as tendências protagonistas – violência e sexualidade – ganham perspectiva antropológica ampla.

O combate titânico entre Eros e a pulsão de morte, exposto no *Mal-estar*, já se manifestava de diferentes formas no horizonte freudiano. Tal embate característico da vida, tanto no âmbito individual como social, haveria de ser melhor formulado e nomeado no igualmente emblemático *Além do princípio do prazer* (1920). A entrada do conceito de pulsão de morte através do referido escrito – num primeiro momento como hipótese especulativa – é solidamente incorporada às construções realizadas por Freud subsequentemente. No texto de 30 essa noção é fundamental, uma peça sem a qual não há articulação textual possível. A proposição da nova dualidade pulsional em 1920 traz implicações profundas para a teoria e, de maneira geral, para a concepção que Freud possuía da humanidade.

Se por um lado podem-se observar continuidades entre construções freudianas anteriores e o texto em questão, por outro, pode-se notar significativas rupturas. Em *Moral sexual civilizada e a doença nervosa moderna* (1908) Freud antecipa a principal tese do *Mal-estar*: o antagonismo entre civilização e as pulsões. Suas convicções em relação à tese são anteriores, já havendo sido discutidas em outras ocasiões, no entanto – como salienta Strachey em comentários que precedem o texto – esse artigo constitui a primeira das longas exposições destinadas ao tema. Não é sem razão a freqüente comparação realizada entre as noções freudianas veiculadas no texto de 1908 e o de 1930. O ponto comumente comparado é o que se refere às possibilidades terapêuticas, em outras palavras, possibilidades de bem-estar.

Birman (2005), foi um dos que didaticamente empreendeu esse trabalho. Ele afirma que embora ambos os textos tenham como mote a mesma temática – o conflito no sujeito entre os registros da pulsão e da civilização – pode-se depreender, dos mesmos, diferentes discursos sobre a possibilidade de harmonização. Ambos escritos tratam dos efeitos nocivos provocados pelos ditames civilizatórios, mas, no entanto, as respostas alcançadas são distintas. Na primeira

exposição (1908) nota-se a predominância do paradigma terapêutico. Crê-se na possibilidade de harmonização do sujeito no campo social, o que significa, em última instância, na possibilidade de ascense ao bem-estar. Há no horizonte da teoria uma felicidade possível e o caminho para esta estaria mediado pelo conhecimento.

Mesmo afirmando não ser responsabilidade do médico a realização de reformas sociais em prol dos tão ansiados estados de plenitude e contentamento, Freud defende, no referido texto, a necessidade das mesmas. À moral sexual prevalente no ocidente são atribuídos diversos prejuízos à saúde e eficiência dos indivíduos, no entanto, tais danos poderiam ser suprimidos caso os princípios regentes desses imperativos fossem alterados. Não havia dúvida em relação à necessidade de domar o animal humano, o ponto vacilante situava-se no âmbito da adequação dos procedimentos. O progresso técnico-científico, no entanto, haveria de solucionar satisfatoriamente essa questão. Freud, como bom representante dos ideais iluministas circulantes em sua época, acreditava no futuro. Se a Idade Média era caracterizada pela supremacia dos ideais religiosos sobre todos os outros, a modernidade trouxe a possibilidade de existência de referências terrenas de conduta. A esperança de felicidade, antes dirigida ao além-mundo – ao paraíso celeste – curva-se à vida terrena. No amanhã, no futuro e no progresso se encontram os desejados dias dourados (Bruckner, 2002).

No *Mal-estar*, a situação muda: não há mais no horizonte a possibilidade de resolução ou harmonização do conflito pulsional constituído pela oposição às forças civilizatórias e naturais. É sob os desígnios do desamparo que o drama humano se desenrola. Tal condição – a de desamparado – seria, a partir do referido escrito, originária, fundadora e estrutural. Originária, pois congênita. Presença da necessidade de outro amparador desde os primórdios da história individual. Fundadora, pois estabelece o que há de essencial à ordem humana: a cultura. É sobre

o registro cultural que as possibilidades de humanização e satisfação se encontram. O humano, ser de linguagem, despojado parcialmente de seus instintos, possui em seu horizonte infinitas possibilidades. O objeto da pulsão – logo, da satisfação – é o que há de mais variável e, é somente através dos dutos culturais que alguma possibilidade de satisfação torna-se possível. Por fim, é estrutural porque, como o esqueleto ósseo que nos sustenta, dá forma e acompanha, assim é o desamparo.

O futuro de uma ilusão (1927), publicado três anos antes, antecipa grande parte das idéias contidas no *Mal-estar*, principalmente a noção do desamparo humano. Há nele, no entanto, um importante ponto de ruptura, que marca uma transição significativa, em pleno curso no espírito de Freud, mas só que iria se manifestar explicitamente em 1930. A proposta de que a religião haveria de ser substituída pela ciência, apresentada em 1927, sugere ser esta segunda o amparo fundamental da humanidade. A fé na instituição científica, como a única passível de produzir enunciados verdadeiros, e a correlata designação de ilusão à religião, constituem o olhar freudiano nesse escrito. Isso fica evidente a partir do próprio modo como o texto é finalizado: “Não, nossa ciência não é uma ilusão. Ilusão seria imaginar que aquilo que a ciência não nos pode dar, podemos conseguir em outro lugar.” (Freud, 1927, p. 63)

Três anos depois, tal crença na racionalidade e no progresso científico, como produtores de verdades e diretrizes através das quais a humanidade gradualmente pudesse evoluir ser aperfeiçoada, cai por terra. Os ideais iluministas tão prezados e defendidos por Freud durante quase a totalidade de sua vida, esvaneceram-se. A esperança de reconciliação do homem consigo mesmo e em relação aos seus semelhantes, por intermédio da reflexão e do progresso das técnicas de controle da natureza e de gestão da humanidade, ainda presente no escrito de 1927,

não mais figura no horizonte de Freud nas produções subseqüentes. O tom claramente muda: não há possibilidade de harmonização (Enriquez, 1990).

O descompasso existente entre o humano e a civilização é irresolúvel, assim como o conflito intrapsíquico, pois este, antes de tudo, estaria na própria gênese do homem civilizado e, em última instância, do humano como tal. Ao ser humano, portanto, não caberia mais as hipóteses de harmonização, pelo fato de sua própria constituição ser fundada num conflito insolúvel e permanente. O que sobra? Apenas possibilidades de negociação e gerenciamento do mal-estar. A plenitude pacífica dos eternos dias ensolarados não mais pertence ao rol dos caminhos possíveis à humanidade. Isso, no entanto, não quer dizer que a satisfação e os momentos felizes sejam inviáveis, mas sim, que as possibilidades de ascensão a tais estados são limitadas por fatores constitucionais inerentes à condição humana.

3.2 – O mal-estar freudiano

Freud (1930) inicia seu texto discutindo o que foi designado por Romain Rolland como “sentimento oceânico”. Este, segundo esse amigável opositor, estaria na origem de todo sentimento religioso. A simples presença desse sentimento de comunhão com o todo, de ausência de limites entre o indivíduo e o mundo externo, seria suficiente para qualificar alguém como religioso. A partir dos conhecimentos psicanalíticos acumulados até então, Freud empreende uma investigação acerca de suas raízes psicológicas. Para ele, essas sensações de ilimitação, de falta de bordas ou contornos característicos do sentimento oceânico corresponderiam à sobrevivência de estágios primitivos do desenvolvimento psíquico. O estágio em questão referir-se-ia àquele estado de desenvolvimento primitivo em que a instância egóica ainda não havia sido

formada. Trata-se, pois, de reminiscências de um tempo em que se era apenas um pequeno ser indiferenciado psiquicamente, e a discriminação entre os estímulos internos e externos ao seu próprio corpo ainda não podia ser realizada. Isso decorria do fato de seus limites egóicos ainda não terem se estabelecido.

A propriedade psíquica de manter preservadas, lado a lado, estruturas referentes a distintos estágios de desenvolvimento psíquico justificaria a possibilidade de manifestação de tão arcaica sensação. Discordando, então, da posição de Rolland, Freud retoma a idéia utilizada três anos antes em seu escrito sobre a concepção psicanalítica de religião (Freud, 1927). A necessidade religiosa estaria ligada à condição de desamparo à qual toda a humanidade estaria, sem exceção, submetida.

O ser humano, desde o nascimento, necessita de suportes para manter-se vivo. Congenitamente desamparado o pequeno ser é possibilitado de viver através do assessoramento de outros seres mais preparados, porque mais desenvolvidos, mas, principalmente, porque inseridos e portadores da ordem do mundo social. Envolvido pelos cuidados parentais, o desenvolvimento tanto biológico, quanto social, do ser se dará. Emaranhado na linguagem e ideologias em que se criou o indivíduo, longe de estar equipado para vida – mesmo que já inserido na ordem cultural – busca por sustentação e amparo incessantemente. Movidos pela nostalgia dos sentimentos de completude e ilimitação – ligados ao estado de eu primordial –, e pela proteção de um pai, os indivíduos estão fadados a caminhar.

Contra a tríplice fonte de sofrimento – corpo, mundo e sociedade – algumas medidas são cabíveis. A gestão do mal-estar é a única escolha, pois qualquer medida extrema, que vise à eliminação total de qualquer uma dessas fontes, culminaria na geração de sofrimentos senão maiores, ao menos equivalentes. Vale lembrar que a perspectiva teórica, que embasa as reflexões

freudianas, nesse momento, situa o conflito no âmago do humano, o que implica na insolubilidade do mesmo. Resta, portanto, o incessante trabalho de gestão do conflito e, em última instância, do mal-estar.

A partir das diversas medidas paliativas que auxiliam a humanidade, o caminhar torna-se possível e até tolerável. O total aplanamento da estrada, a retirada completa das pedras e empecilhos, que impedem o livre deslocamento e fluidez, a previsão metereológica perfeita – ideal sonhado pelos progressistas, iluministas e crentes do avanço científico – estão fadados à falha. A luta a qual se participa debilmente é invencível, pois a natureza também o é.

Nossos frágeis corpos, condenados à decadência e dissolução, lembram diariamente o quão instável é o equilíbrio, se é que nos é permitido usar tal expressão. Não só as necessidades fisiológicas normais nos trazem a lembrança de que estamos numa intensa movimentação vital e ininterrupta de trocas, mas os processos de adoecimento nos rememoram também a fragilidade e os sofrimentos possíveis através de nosso veículo tridimensional. O espelho mostra diariamente – e de modo palpável, para aqueles fascinados por objetividade – que o corpo é finito e assim, portanto, também é a vida. O sonho do ser imperecível, usualmente retratado pelos contos e mitos que atravessam a história da humanidade, evidencia o desejo de não padecer do mal da finitude. É inegável, no entanto a impossibilidade de controle da natureza que rege nossos próprios corpos. A despeito de todas as tentativas de controle, materializadas em cosméticos, operações e práticas das mais diversas, a constituição natural de nossa substância é intransponível. O corpo: *locus* de envelhecimento, sofrimento e desintegração. Quer se queira, quer não.

A natureza que governa implacavelmente os corpos também ameaça externamente a tranqüilidade do sono da humanidade. Os inúmeros desastres naturais, que subitamente ocorrem,

vêm trazer a incômoda lembrança da descomunal superioridade das forças da natureza em relação à humanidade e seus aparatos. Os sentimentos de vulnerabilidade e impotência, diante da inevitabilidade e violência dos desastres, evidenciam a fragilidade dos sonhos de previsão e controle. Através dos avanços do conhecimento, é verdade, muito mais conforto se tornou possível, mas a ameaça de ver todos os caprichos humanos destruídos pelas incontroláveis forças naturais paira sobre acima dos ideais.

A terceira fonte de sofrimento, paradoxalmente evidente e insuspeita, seria criação do próprio homem. As interdições, manifestadas pelas diretrizes e imperativos, responsáveis por reger as condutas e possibilitar a vida em sociedade, constituem também poderosa fonte de desconforto. Viver em comunidade – renunciando à mítica liberdade, acatando os cerceamentos e coerções impostos pela vida coletiva – seria uma poderosa fonte de mal-estar. Freud abordou de maneira mais intensa essa fonte. E sobre ela recai a divergência de vieses anteriormente descritos e exemplificados pelas concepções veiculadas no texto de 1908 – *Moral sexual civilizada e a doença nervosa moderna* – e o de 1930 – *O mal-estar na civilização*.

Poderia supor-se que, por serem as restrições criadas e sustentadas pela própria sociedade através de seus integrantes, a realização de reformas e ajustes seria capaz de instituir situações diferenciadas, onde o mal-estar pudesse ser excluído. Os indivíduos, igualmente, seriam passíveis de ajustes e acomodações ideais, propiciadores de plenitude e bem-estar. Essa perspectiva terapêutica, que situa no horizonte a possibilidade de ascense a tais estados, é própria de um contexto teórico específico pelo qual Freud transitava. Em 1908, a crença na possibilidade da “produção da ‘felicidade humana’ pela mediação do logos científico” (Birman, 2005, p.134) caracterizava tal contexto. Em 1930, o escrito do *mal-estar* é claro na demonstração de que “a

ética da ‘felicidade’ da filosofia do Iluminismo não é mais possível” (Ibdem, p. 137). Outro contexto teórico reinava.

O viés reformista ou terapêutico é inviável, visto que as forças civilizatórias responsáveis por boa quota do mal-estar estão no cerne do próprio processo de humanização. A renúncia à livre e desgobernada satisfação pulsional é condição *sine qua non* tanto da constituição psíquica individual quanto social. A estrutura edípiana já predizia essa asserção geral: nem os impulsos sexuais, nem os agressivos podem transitar livremente. O processo de vir a ser humano passaria necessariamente pela incidência de uma interdição primordial. O agente desse corte primordial recebeu a denominação genérica de pai. A interdição primeira e fundadora – a interdição do incesto – será estruturante e ecoará eternamente na vida de cada um .

A agressividade dirigida às imposições, longe de serem freadas unicamente pelos impedimentos externos, possui, como potente impedimento, a instância superegóica. Trata-se, genericamente, da civilização dentro do indivíduo. O ódio e agressividade, antes dirigidos para o exterior, alimentam essa instância censora. O que era passível de ser punido por agentes externos, caso fosse descoberto, recebe sentença em decorrência do simples pensamento. Não mais somente a realização concreta de atos moralmente reprováveis seria punida. Atuar e idealizar seriam, a partir da instituição dessa instância moral, igualmente passíveis de punição. A sentença para humanidade: culpa perpétua.

3.3 – Métodos da felicidade

No texto de 30, Freud expõe assistematicamente uma série de métodos conhecidos e usados pela humanidade na tentativa de cumprir a difícil tarefa de obter felicidade e afastar o

sofrimento. Salientando sua não pretensão em realizar uma enumeração completa desses caminhos – que chamaremos aqui de modalidades de viver – ele expõe, contudo, um bom número dos mesmos para, em seguida, insistir na limitação dos mesmos.

As drogas constam no arsenal humano – na luta pela felicidade e contra o sofrimento – como, senão as armas mais poderosas, ao menos as mais práticas. Esse método age diretamente no organismo, produzindo sensações imediatas de prazer e fruição. Causa, por isso, certa independência do mundo externo, pois o usuário e seu objeto-droga acabam – em situações extremas – por fecharem-se num circuito de retroalimentação. Nessa situação, o outro só é incluído na relação na medida em que facilite, possibilite ou intervenha, de algum modo, no processo instaurado. O ciclo do toxicômano acaba por restringir-se nos fornecedores ou traficantes, companheiros usuários e interventores, que atuam como forças contrárias ao ciclo.

Toda cultura elege seu veículo intoxicante predileto, situando-o no lugar ambíguo de propiciador de perigo e prazer. O uso de substâncias psicoativas, sem sombra de dúvida, representa uma das modalidades de viver que mais impacto possui na economia libidinal das comunidades. Isso é literalmente afirmado por Freud: “O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido” (Freud, 1930, p.86). O valioso recurso às drogas é situado como uma das mais eficazes modalidades de obtenção de prazer mas, por outro lado, é descrito também como a mais grosseira delas.

Se a intoxicação é apresentada como a mais tosca das alternativas, o processo de sublimação é situado como a possibilidade mais refinada de satisfação. O deslocamento ou reorientação das pulsões seriam responsáveis por uma modalidade branda de obtenção de prazer.

A sofisticação dessa modalidade, no entanto, acarreta a desvantagem de não ser acessível a todos. Apenas uma parcela minoritária de indivíduos possuiria a possibilidade de se satisfazer através da sublimação. E, mesmo que as grandes realizações culturais sejam tributárias desse processo, a satisfação auferida não é intensa, “não convulsiona o nosso ser físico” (Freud, 1930, p.87). A atitude estética em relação à vida é enumerada, também, como possibilidade de obtenção prazer. A fruição da beleza, contudo, apesar de oferecer algum tipo de satisfação e não poder ser excluída do rol de possibilidades de satisfação, oferece muito pouca proteção contra o sofrimento.

Igualmente desprotegidos estariam aqueles que adotam a modalidade de vida que situa o amor no centro de suas preocupações. No amor estariam situadas possibilidades de prazer e satisfação mas, também, simultaneamente, poderosas fontes de sofrimento. Não é por acaso a lembrança de Freud (1930) de que “nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor.” (p.90)

Outra modalidade apresentada é aquela de contenção ou controle pulsional. Pode ser efetuado tanto com o intuito de cessar totalmente com as pressões pulsionais, quanto obter apenas um grau elevado de controle sobre as mesmas. Muito bem as representam algumas das diversas filosofias orientais pregadoras de renúncia, temperança e moderação. A disciplina e o auto-controle, tão exercitados em artes-marciais de origem oriental, exemplificam a utilização da estratégia de controle. A filosofia envolvida no yoga, de maneira geral, figura como outro sugestivo exemplo de prática que privilegia o controle pulsional. O oriente, deve-se lembrar, também possui seus nichos de ascetas. O controle da vida pulsional pela submissão a propósitos elevados ditados pelo supereu consta como uma importante modalidade de condução da vida.

A atitude hedonista, por outro lado, seria o contraponto das severas disciplinas. Freud (1930), diante dos sedutores encantos dessa possibilidade, faz uma advertência: “a satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo o seu próprio castigo.” (p. 85)

Sempre existe, também, a possibilidade de isolamento diante dos sofrimentos advindos das relações humanas. A atitude extrema de se afastar do convívio social figura como a defesa mais imediata contra o mesmo. O eremita, no entanto, poderia gabar-se de possuir apenas a “felicidade da quietude”. Como se pôde notar, outras imponentes fontes de sofrimento não cessarão de importuná-lo.

O que fazer então, diante da falibilidade de todas as modalidades de condução da vida? Numerosas são as possibilidades e ausentes são as garantias de sucesso. A inexistência de respostas únicas, definidas e eficazes promove a enxurrada de publicações e manifestações de “especialistas” sobre o assunto. A ineficiência de todas elas retroalimenta incessantemente o ciclo produtivo. Fatores subjetivos estão intransponivelmente implicados nas possibilidades de ascensão ao almejado estado de felicidade, de modo que, nenhuma regra possui valor geral. As dificuldades são imensas e as possibilidades indefinidas, mas isso não impede Freud (1930) de arriscar seu palpite:

O programa de tornar-se feliz, que o princípio do prazer nos impõe, não pode ser realizado; contudo, não devemos — na verdade, não podemos — abandonar nossos esforços de aproximá-lo da consecução, de uma maneira ou de outra. Caminhos muito diferentes podem ser tomados nessa direção, e podemos conceder prioridades quer ao aspecto positivo do objetivo, obter prazer, quer ao negativo, evitar o desprazer. Nenhum desses caminhos nos leva a tudo o que desejamos. A felicidade, no reduzido sentido em que a reconhecemos como possível, constitui um problema da economia da libido do indivíduo. Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo. (p. 90-91)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exploração de diferentes momentos da teoria psicanalítica possibilita vislumbrar parcialmente o imenso processo de constituição do campo de estudo do inconsciente. Partindo da psicanálise embrionária – representada pelo *Estudos sobre a histeria* (1895) – e chegando à uma psicanálise madura – representada pelo *Mal-estar na civilização* (1930) – pôde-se perceber as implicações dos pressupostos teóricos característicos de cada época. O primeiro momento tinha como sustentação uma perspectiva médica e isso envolvia uma circulação pelos caminhos da cura, da terapia e das doenças.

O segundo momento, característico do viés propriamente psicanalítico, trouxe à baila elementos específicos de um outro olhar. As questões referentes ao bem e ao mal-estar saem dos domínios da díade saúde/doença e são reposicionados a partir de uma perspectiva mais ampla: o da condição humana. As possibilidades de ascensão aos tão almejados estados de plenitude, satisfação e contentamento são, a partir do segundo momento teórico, limitados pela própria constituição humana. Muito além de descrever e categorizar entidades psicopatológicas, Freud acabou por propor uma abrangente visão da humanidade. O emblemático texto que ilustrou o segundo momento teórico traz o essencial dessa visão.

Talvez, a noção psicanalítica mais difundida seja a do complexo de Édipo. O mito, utilizado por Freud para metaforizar o drama constitutivo de cada indivíduo, versa sobre uma tragédia pessoal anunciada. O funesto destino de Édipo, selado antes mesmo de seu nascimento, estava fadado a se concretizar, independentemente de tentativas contrárias. O bebê dependurado pelo tornozelo numa árvore, deixado à sua própria sorte, não morreu e persistiu para concretizar a profecia. Seu andar, no entanto, tornou-se manco. A história de Édipo – “o de pés inchados” –

evoca uma imagem tão bela quanto trágica: a de um infeliz personagem fadado a perambular pelo mundo, com o seu característico passo falho, mas que, no entanto, não o impediria de alcançar seu destino profético.

O mito edipiano, celebrizado pela psicanálise, remete a questões fundamentais da existência humana, evocando aspectos simultaneamente tranquilizadores e angustiantes da mesma. A inevitabilidade do sofrimento produzido pela profecia pela qual todos devemos passar para humanizarmos talvez seja o fator angustiante. Mas a percepção trazida pela psicanálise de que vivemos num mundo de mancos é, de certo modo, tranquilizante, pois traz conclusão de que “mancar não é pecado” (Israël, 1994).

Talvez, uma das mais valiosas contribuições que a psicanálise possa oferecer nesse movimentado cenário composto por produtos de bem-estar, seja a percepção de que não há cura para a humanidade. Não há solução definitiva para o desejo e para o inconsciente. O mal-estar sentido, antes de ser objeto a ser exterminado, é característico de nossa própria condição. E a aceitação da condição de “humano, demasiado humano” pode trazer novas possibilidades existenciais. Nelas podem estar incluídas, inclusive, a de ser feliz eventualmente.

REFERÊNCIAS

- BIRMAN, J. (2005). *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- BRUCKNER, P. (2002) *A euforia perpétua: ensaios sobre o dever da felicidade*. Rio de Janeiro: Difel.
- ENRIQUEZ, E. (1990). *Da horda ao estado. Psicanálise do vínculo social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FIGUEIREDO, L. (2007). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. São Paulo: Escuta.
- FREUD, S; BREUER, J. (1895) *Estudos sobre a histeria*. Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud (ESB).
- FREUD, S. (1908) *A moral sexual ‘civilizada’ e a doença nervosa moderna*. ESB, Vol. IX.
- FREUD, S. (1913[1912]). *Totem e tabu*. ESB, Vol. XIII.
- FREUD, S. (1925[1924]). *Um estudo autobiográfico*. ESB, Vol. XX.
- FREUD, S. (1927) *O futuro de uma ilusão*. ESB, Vol. XXI.
- FREUD, S.(1930) *O mal-estar na civilização*. ESB, Vol. XXI.
- GAY, P. (1989). *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras.
- ISRAËL, L. (1994). *Mancar não é pecado*. São Paulo: Escuta.
- JONES, E. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- LÓPEZ, M; MEDEIROS, J. L. (Org.). (2001) *Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico*. Vol. 1. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Revinter.
- MARTINS, F. (2003) *Psicopatologia II – Semiologia Clínica*. Brasília: Ed. UnB.
- PORTO, C.C. (2001) *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- REY-FLAUD, H. (2002). *Os fundamentos metapsicológicos de O mal-estar na cultura*. In: *Em torno de O mal-estar na cultura de Freud*. São Paulo: Escuta.
- ROUDINESCO, E; PLON, M. (1998) *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.